

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, zu Beginn des letzten Quartals des Jahres 2026 meldet sich die Gutachterstelle wieder mit einer Falldiskussion. Wie gewohnt zuvor unsere Bewertung des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2026, dargestellten Falles eines Op-soklonus-Myoklonus-Syndroms (OMS) im Zusammenhang mit der Behandlung eines Prostatakarzinoms.

Es ist sicher eine Problematik aus der medizinischen Raritätenkiste. Die Zuschriften, die uns zu dieser Veröffentlichung erreicht haben, haben unisono diese Situation herausgestellt. Trotz der Seltenheit schien uns der Vorgang für eine Veröffentlichung geeignet, nicht zuletzt um auch den Umgang der Gutachterstelle mit derartig seltenen Kasuistiken transparent zu machen.

Grundlage unserer Bewertung war zunächst ein Sachverständigengutachten, in diesem Falle ein fachneurologisches Gutachten, da Diagnostik und Therapie des OMS zu bewerten waren. Neben dieser Säule unserer Bewertung haben wir den Vorgang unserem Sachverständigenrat zur Diskussion gestellt. Da interdisziplinär die Urologie, die Onkologie und auch die Nuklearmedizin (PET-CT) tangiert waren, haben wir also unseren Sachverständigenrat mit einem namhaften sächsischen Onkologen und einem namhaften Radiologen/ Nuklearmediziner verstärkt (diese Disziplinen sind in der Standardbesetzung des Rates nicht vertreten). Beide Kollegen sind unserer Einladung bereitwillig gefolgt und haben unsere Basis für die Bewertung deutlich erweitert. Die Bewertung des Falles auf der Grundlage des Fachgutachtens und der Diskussion im Sachverständigenrat lässt sich mit folgenden Kernsätzen zusammenfassen:

Neurologische Bewertung

- Ein OMS ist ein extrem seltenes neurologisches Krankheitsbild, in der Regel paraneoplastisch bedingt.
- In 3 und 4/2020 hätte die Differenzialdiagnostik bezüglich des Ausschlusses eines Zweittumors intensiviert werden müssen, Komplettierung der gastroenterologischen Diagnostik (Koloskopie), der hämatologischen Diagnostik (Ausschluss Lymphom, Ausschluss neuro-endokriner Tumoren), Ausschluss Schilddrüsen- und Hodentumoren.
- In Anbetracht der Seltenheit eines OMS hätte eine Verlegung des Patienten in ein Zentrum mit mehr Erfahrung in der Behandlung des OMS erwogen werden müssen. Die konsiliarisch angesprochenen Zentren waren nicht die führenden Zentren in der Behandlung eines OMS.
- Bei intensiverer symptomatischer Behandlung hätte möglicherweise passager eine Besserung des OMS erreicht werden können.
- Der Gesamtverlauf ist durch das onkologische Krankheitsbild geprägt, dieses hätte durch eine intensivere Behandlung des OMS nicht gebessert werden können.
- Aus neurologischer Sicht war ein PET-CT in diesem Zeitraum (3 und 4/2020) nicht indiziert.

Urologische Bewertung

- Nach Feststellung der BWK-Metastasierung hätte die Eskalation der Tumorthherapie des Prostatakarzinoms erwogen werden müssen.
- Die zwischen 4 und 10/2020 eingetretene generalisierte Metastasierung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Prostatakarzinom zuzuordnen.

- Eine Eskalation der urologischen Tumorthherapie in 3 oder 4/2020 hätte den Erkrankungsverlauf vermutlich nicht verändert.

Onkologische Bewertung

- Das OMS ist ein extrem seltenes, in der Regel paraneoplastisch bedingtes Krankheitsbild.
- Bei OMS ist eine breite Differenzialdiagnostik bezüglich des tumorösen Grundleidens erforderlich.
- Soweit mit einer optimalen Tumorbildung eine Tumorremission erreichbar ist, kann mit einer Besserung des OMS gerechnet werden.
- Im vorliegenden Fall ist die zwischen 4 und 10/2020 eingetretene Metastasierung mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Prostatakarzinom zuzuordnen.

Bewertung des PET-CT

- Aufgrund der Befundlage in 4/2020 war ein PET-CT zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert.
- Das PET-CT von 10/2020 lässt eine generalisierte Metastasierung und den dringenden Verdacht auf ein Lokalrezidiv des Prostatakarzinoms erkennen. Das Speicherverhalten der Metastasierung lässt die Vermutung auf einen Zweittumor zu, ist aber keinesfalls für einen Zweittumor beweisend.

In der Gesamtbewertung kommt die Gutachterstelle unter Berücksichtigung dieser Teilbewertung zu folgender Einschätzung:

- Zum Zeitpunkt des Auftretens des OMS wäre eine breitere Differenzialdiagnostik erforderlich gewesen.
- Das OMS wurde nicht optimal behandelt, eine symptomatische

Besserung wäre möglicherweise erreichbar gewesen.

- 3/2020 wäre eine Eskalation der urologischen Tumorthherapie indiziert gewesen.
- Die im Zeitraum von 4 bis 10/2020 eingetretene generalisierte Metastasierung ist mit hoher Sicherheit dem Prostatakarzinom zuzuschreiben.
- Die intensivere Behandlung des OMS und die Eskalation der urologischen Tumorthherapie hätten den Gesamtverlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verändert.

Damit kommt die Gutachterstelle zu der Feststellung vorstehend benannter Fehler; diese haben jedoch nicht zu einem zusätzlichen fehlerbedingten gesundheitlichen Schaden für den Patienten geführt. Eine haftungsbegründende Fehlbehandlung wurde damit nicht festgestellt; dem Versicherer wurde die Abweisung der Ansprüche empfohlen.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Unser neuer Fall führt uns in die Anästhesiologie: Patient Jahrgang 1935.

3. März 2024

Stationäre Aufnahme bei Antragsgegner (AG) wegen Übelkeit und ausbleibendem Stuhlgang

5. März 2024

Gastroskopie: Pangastritis, Refluxösophagitis

6. März 2024

CT-Abdomen: Verdacht auf Dünndarmtumor mit Dünndarmileus → Indikation zur operativen Versorgung am gleichen Tag

bei der Intubation massive Aspiration von Darminhalt, nach Intubation Bronchoskopie

OP: Dünndarmdekompression, Ileumsegmentresektion mit End-zu-End Anastomose bei Bridenileus

Nach Extubation nochmals Aspiration – Re-Intubation (erwähnt im OP-Bericht, im Narkoseprotokoll nicht erwähnt)

Postoperative Versorgung des Patienten auf ITS, Entwicklung eines schweren ARDS → septische Situation

12. März 2024

Tod des Patienten
Dokumentationslage:

- Im Zuge der Anästhesievorbereitung wird das präoperative Legen einer Magensonde festgelegt.
- Laut Pflegedokumentation fehlt im Zuge der OP-Vorbereitung der vorbereitenden Station die Zeit um eine Magensonde zu legen, OP wird informiert.
- In der OP-Dokumentation kein Hinweis für das Legen oder das Entfernen einer Magensonde.
- Laut retrospektiver Stellungnahme der Anästhesie (Gedächtnisprotokoll): Entfernung der liegenden Magensonde unter Absaugen vor der Intubation.

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf? Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de



Zum Nachlesen „Aktueller Fall der Gutachterstelle“, Heft 7/2026, Seite 16